

**Die chronische Polyarthritis
mit Beginn nach dem 60. Lebensjahr**

**II. Probleme der medikamentösen Therapie
und ihrer Wirksamkeit**

Sigune Ravet

1976

DISSERTATIONS- UND FOTODRUCK FRANK oHG
8 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2 8 0 9 0 9 0

Aus der II. Medizinischen Klinik (Direktor: G.L. Bach) des
Rheuma-Zentrums Bad Abbach

Die chronische Polyarthrititis mit Beginn nach dem 60.

Lebensjahr

II. Probleme der medikamentösen Therapie und ihrer
Wirksamkeit

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Sigune RAVET

aus

Mühldorf

1976

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin
der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr.G.L. Bach
Mitberichterstatter: Prof.Dr.N. Zöllner
Dekan: Prof.Dr.W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 12.10.1976



Inhaltsverzeichnis	Seite
Einleitung	1
Das Bild der chronischen Polyarthrit mit Beginn im Alter	2
Probleme der medikamentösen Therapie und ihrer Wirksamkeit	3
Eigene Untersuchungen	3
Diskussion	17
Zusammenfassung	19
Literatur	20
Lebenslauf	

Die Therapie der chronischen Polyarthrit ist nach wie vor mit großen Problemen verknüpft, da es eine kausale Behandlung noch nicht gibt. Die Wirkung der Basistherapeutika beruht zum größten Teil auf empirischer Erfahrung, und ihre Angriffspunkte und der Wirkungsmechanismus bleiben bis auf weiteres ungeklärt. Die sogenannten symptomatischen Antirheumatika, wirken, wie der Name schon sagt, nur so lange auf die Veränderungen der Entzündung, wie sie verabreicht werden können.

Die chronische Polyarthrit mit Beginn nach dem 60. Lebensjahr unterscheidet sich von der chronischen Polyarthrit des Erwachsenen in vielerlei Hinsicht, und Aufgabe dieser Arbeit soll es sein, die Probleme der medikamentösen Behandlung und ihrer Wirksamkeit bei der chronischen Polyarthrit mit Beginn in der 6. Dekade aufzuzeigen.

Zum klinischen Bild der chronischen Polyarthrititis mit Beginn
im Alter

Der Gipfel der Erstmanifestation der chronischen Polyarthrititis liegt bei beiden Geschlechtern zwischen dem 45. und dem 54. Lebensjahr (Hargraves, 1958). Nach Seidel (1961) erfolgt der Erstbefall bei Frauen zwischen dem 46. und dem 50. Lebensjahr, bei Männern dagegen etwas früher und zwar zwischen dem 36. und 40. Lebensjahr. Nach dem 6. Lebensjahrzehnt folgt ein deutlicher Abfall der Häufigkeitsverteilung, wobei nach Kaiser (1971) unter Berücksichtigung der Literatur die chronische Polyarthrititis in etwa 15 bis 20% der Fälle erst nach dem 60. Lebensjahr beginnt. Moesmann (1968) berichtet nach Durchsicht der Literatur über eine Häufigkeitsverteilung von 5,7 bis 30%. Es waren jedoch bei dieser Aufstellung auch chronische Polyarthritiker mit Beginn der Erkrankung nach dem 50. Lebensjahr miteinbezogen.

Nach den Untersuchungen von Kaiser (1969, 1971) nimmt die chronische Polyarthrititis mit Beginn im Alter einen schweren Verlauf und zeigt auch sonst einige Besonderheiten. Auch andere Autoren (Bönie, 1967; Brown und Sones, 1967; Dequeker und Mitarb, 1966; Evers, 1965; Jesserer, 1971; Josenhans, 1968) haben wiederholt auf den malignen und progredienten Verlauf dieser Form der chronischen Polyarthrititis hingewiesen. Wieder andere Forschergruppen haben über eine bessere Prognose bei Patienten mit Beginn der chronischen Polyarthrititis nach der 6. Dekade (Ebert, 1967; Golding, 1967; Moesmann, 1968) und eine mehr benigne Entwicklung ähnlich der Polymyalgia rheumatica berichtet (Ebert, 1967). Der Widerspruch in diesen Veröffentlichungen liegt darin, daß größere Studien einfach fehlen.

Letztere Feststellung trifft ganz besonders auch auf die Therapie der chronischen Polyarthrititis mit Beginn der Erkrankung im 6. Lebensjahrzehnt zu.

Probleme der medikamentösen Therapie und ihrer Wirksamkeit

Die vorliegende Arbeit basierte auf unseren Vorstellungen, daß die bekannten Risiken der symptomatischen Therapie und die Behandlung mit Basis-Substanzen beim älteren Menschen sogar erheblicher sein könnten als beim jüngeren Patienten mit chronischer Polyarthrititis.

Es sollten daher Informationen über folgende Punkte erhalten werden:

- a) Auskunft über die Behandlung bevor die Patienten zur stationären Aufnahme kamen, also eine rein anamnestische Auskunft.
- b) Verlauf während der stationären Betreuung.
- c) Versuch, Monate bis Jahre nach der stationären Entlassung, eine retrospektive Auskunft über die durchgeführte Therapie zu erhalten.

Eigene Untersuchungen

Es handelte sich bei unseren Untersuchungen um das gleiche Krankengut von 170 Patienten der I. und II. Medizinischen Klinik des Rheuma-Zentrums Bad Abbach, welches als Teil I über "Das klinische Bild und wichtige Laborparameter" im Rahmen einer Inaugural-Dissertation (von Siegwald RAVET) bereits beschrieben wurde.

Der erste Abschnitt bestand in der Erhebung der genauen Anamnese und Durchsicht evtl. vorhandener Arztbriefe über die bisherige antirheumatische Therapie. Die Tabelle 1 gibt eine Zusammenfassung der anamnestischen Angaben der prästationären antirheumatischen Behandlung bezüglich der Basistherapie.

Demnach war Gold lediglich in 12 von 29 behandelten Patienten verträglich. Allergische Reaktionen, Haarausfall und Nephropathie waren häufigste Ursache der Unverträglichkeit, aber immerhin wurde eine Besserung der Krankheitsaktivität in 48% angegeben.

Tabelle 1

Ergebnisse des anamnestischen Fragebogens der prästationären
Behandlung: Basistherapie

Basistherapeutika:	Gold	D- Penicillamin	Azothiopin	Chloroquin
Verordnet bei (Pat)	29	23	10	15
Verträglich gewesen	12	10	4	12
Krankheit gebessert	14	11	2	6
erfolglos verordnet	15	12	8	9

Nebenwirkungen

Allergie	3	2	1	1
Magenbeschwerden	1	6	3	2
Geschmackstörung		1		
Stomatitis	1			
Haarausfall	3	1	1	
Nephropathie	3			
Blutbildveränderung			1	
ohne Grund abgesetzt	6	3		

Die Tabelle 2 zeigt eine Zusammenfassung symptomatischer Antirheumatika, die vor der stationären Ausnahme bisher verordnet wurden. Bei der hierbei verwendeten Vielzahl von Kombinationspräparaten und homöopathischen Mittel haben wir uns lediglich auf die Monosubstanzen beschränkt, die mit ihren Nebenwirkungen aufgezählt sind. Die gegebenen Zahlen sind jedoch "relativ", da wir z.B. nicht wissen, wieviele unserer 170 Patienten nun z.B. vor ihrer stationären Behandlung schon einmal Amuno (Indomethacin) oder andere Substanzen eingenommen haben. Die meisten Patienten konnten sich einfach an die immer wieder wechselnden symptomatischen Antirheumatika -ganz im Gegensatz zu den Basismittel- nicht mehr erinnern.

- 6 -
Tabelle 2

Ergebnisse des anamnestischen Fragebogens der prästationären
Behandlung: Symptomatika

=====

Es konnte hier aus der Vielzahl der verwendeten Monosubstanzen
und Kombinationsmittel nur eine "Teilantwort" erhalten werden.

Amuno-Unverträglichkeit:

Magenbeschwerden	8 x
Niere	1 x
Allergie	1 x

Prolixan-Unverträglichkeit:

Magenbeschwerden	3 x
------------------	-----

Nebenwirkung auf Cortison:

Cushing	8 x
Ulcus	4 x
Hautblutung	4 x
Diabetes	2 x

Ergebnisse während der stationären Behandlung:

Über die medikamentöse Therapie während der stationären Betreuung im Rheuma-Zentrum Bad Abbach gibt die Tabelle 3 in Abhängigkeit zu den Steinbrocker-Stadien der chronischen Polyarthrititis Auskunft.

Im Rahmen der relativ kurzen stationären Überwachung von 4 bis 6 Wochen mußten einige Basistherapeutika bereits schon am Anfang abgesetzt werden. Hierbei handelte es sich 1x um Gold wegen Haarausfall, 3x um D-Penicillamin wegen Magenbeschwerden, 2x wegen Magenbeschwerden und 1x wegen Hautausschlag bei Imurek und 1x bei Resochin wegen starkem Magendruck. Wegen zu unkooperativem Verhalten wurden eine Basistherapie in 5 Fällen nicht verordnet, 2 von Patienten abgelehnt und wiederum 15x wegen benignem Verlauf oder zu hohem Alter nicht gegeben. 1x wurde auch das Risiko einer Nephropathie berücksichtigt. Gleichzeitig beinhaltet die Tabelle 3 eine Aufschlüsselung der symptomatischen steroidalen und nichtsteroidalen Behandlung.

Verhalten der BKS, der Leukozyten, der Thrombozyten und der Hämoglobinwerte sind in der Tabelle 4 verzeichnet. Die Veränderungen waren jedoch in keinem Fall so signifikant, daß die Therapie hätte abgesetzt werden müssen (bezüglich der Leukozyten- und Thrombozytenzahlen!).

Auch über die Verabreichung von symptomatischen Antirheumatika wurde verschiedentlich wegen Magenbeschwerden geklagt, wobei unter Antacida und anderen Magenpräparaten in der kurzen Beobachtungszeit Indomethacin 7x, Phenylbutazon 4x, Prolisan (Azopropazon) 2x und Propionsäurederivate 2x meist wegen Magenbeschwerden abgesetzt werden mußten.

Tabelle 3

Medikamentöse Behandlung während des stationären Aufenthaltes
in Bad Abbach

	gesamt	Stad. I	Stad. II	Stad. III	Stad. IV
Cortison	1	1			
steroidfreies Antirheumatik. + Cortison	36	4	15	14	3
steroidfreies Antirheumatik.	37	5	11	16	5
Basistherap.					
Gold	33	2	16	15	
D-Penicill.	24	3	10	10	1
Imurek	21		8	12	1
Resochin	18	4	11	3	
insgesamt	96				

Tabelle 4

Verhalten der BKS, der Leukozyten und der Thrombozyten, sowie des Haemoglobins bei Basistherapie

		BKS			Leuko			Thrombozyten			Hämoglobin	
	unver-	↑	↓	ändert	↓	↑	ändert	↑	↓	ändert	↑	↓
Gold	19	4	10	32	1	-	29	-	4	30	2	1
D-Penic.	11	2	11	22	2	-	22	-	2	24		
Imurek	10	2	9	20	1	-	19	-	2	20		1
Resochin	11	2	5	17	1	-				17		1

Leukos über oder unter 4000

Thrombozyten wesentlich über oder unter 150.000

Hämoglobin wesentlich über oder unter 12,0 g %

Retrospektive Studie:

Monate bis Jahre (im Abstand von 11 Monaten bis 4 Jahre) nach Entlassung der Patienten verschickten wir Fragebögen an den Hausarzt und die Patienten (Tabelle 5 und Tabelle 6), um Informationen über Therapienebenwirkungen, Wirkungen und andere Fragen zu erhalten.

An die 170 Patienten mit Beginn der chronischen Polyarthrititis nach dem 60. Lebensjahr und vorausgegangener stationärer Behandlung im Rheuma-Zentrum Bad Abbach sollten besonders folgende Fragen gestellt werden:

Schwäche der Immunabwehr nach der Basistherapie?

Sind die Gelenkbeschwerden gebessert oder verschlechtert?

Nehmen Sie noch die gleichen Rheumamittel? u.s.w.

Von den versandten Bögen erhielten wir an Rückantworten:

Gesamtaussendungen 170

36x an Männer

134x an Frauen

Arzt und Patient haben geantwortet	71 = 41,7%
Arzt hat alleine geantwortet	40 = 23,6%
Patient hat alleine geantwortet	34 = 20,0%
Von uns ausgewertete Bögen über	145 Patienten

Wir erhielten also einmal von einer Gruppe komplette Informationen, da Arzt und Patient gleichzeitig schrieben. Zum anderen mußten wir uns bei verschiedenen Patienten lediglich auf die ärztliche Aussage stützen oder auf die Angaben des Patienten selber verlassen.

Über 18 Patienten wurde das Ableben gemeldet, wobei als Todesursache folgende Angaben vom Arzt oder den Angehörigen gemacht wurden:

- 9 Patienten verstarben nach "langem Siechtum" auf Grund der chronischen Polyarthrititis. Davon standen 4 unter Cortison.
- 4 Personen starben an akutem Herzversagen bzw. an Herzinfarkt. Cortison war in keinem dieser Fälle gegeben worden.
- 4 Individuen starben an Karzinomen.

Tabelle 5

Fragebogen für Patienten

Wir möchten Sie herzlich bitten, folgende Fragen über Ihre rheumatische Gelenkerkrankung zu beantworten. Ihre Antwort ist für neue Erkenntnisse und den Heilerfolg Ihrer Erkrankung sehr wichtig. Vielen Dank im Voraus! (Zutreffendes unterstreichen)!

- I-a) Haben Sie öfter Erkältungen-Halsentzündung- Lungenentzündung-
Rippenfellentzündung-Nierenbeckenentzündung-Blasenentzündung-
Augenentzündung.
- b) Sind Sie zuckerkrank: ja, nein
wenn ja: seit wann?
- II-a) Sind Ihre Gelenkbeschwerden seit Bad Abbach gebessert-
verschlechtert- gleichgeblieben?
- b) in welchen Gelenken gebessert: Schulter-Ellbogen-Handgelenke-
Fingergelenke-Hüfte-Knie-Fuss-Zehen-Nacken-Kreuz.
- c) in welchen Gelenken verschlechtert: Schulter-Ellbogen-Hand-
Finger-Hüft-Knie-Fuß-Zehen-Nacken-Kreuz.
- d) sind seit Bad Abbach neue Gelenke befallen?
ja-nein welche?
- e) Haben Sie beschwerdearme Zeiten? ja-nein
wie lange dauern diese?
- III-a) Haben Sie die Medikamente von Bad Abbach weitergenommen?
ja-nein
- b) Haben Sie diese Medikamente vertragen? ja-nein
- c) Welche Beschwerden bekamen Sie durch die Rheumamittel:
Magenbeschwerden,-Appetitlosigkeit,-Übelkeit-, Hautjücken,-
Hautausschlag-, Augenbeschwerden,- Sehstörungen,- Kopf-
schmerzen,- Zungenbrennen,- Geschmacksstörungen.
- d) Welche Rheumamittel nehmen Sie zur Zeit?
Name:..... Tabletten-Anzahl.....
- IV.) Sind Sie in ärztlicher Kontrolle?
ja-nein

Bitte unterstreichen Sie das Zutreffende!

Tabelle 6

Fragebogen für den behandelnden Hausarzt

Wir möchten Sie herzlich bitten, uns Fragen zu beantworten, die Ihre Patienten mit der chronischen Polyarthrititis betreffen. Wir benötigen die Beantwortung dringend für wissenschaftliche Arbeiten. Vielen Dank im Voraus. (Zutreffendes unterstreichen)!

Betreff: Pat. -----

I-a) Wurde unsere Therapie fortgesetzt? Ja - Nein

b) Welche Medikamente wurden weggelassen?-----

c) Traten Nebenwirkungen auf? Bitte Unterstreichen!

Pyrazolon-Indometacingruppe (Ohrensausen, Schwindel, Kopfschmerz, Magenunverträglichkeit, Brechreiz).

Cortison: (Ulcus ventriculi, Diabetes, Osteoporose, Cushing)

Resochin: (gastro-intestinale NW) Corneaeinlagerungen, Exanthem, Depigmentierung der Haare, Leukopenie), Anämie, Kopfschmerz, Schwindel, Retinopathie).

Gold: (Exanthem, Pruritus, Stomatitis, Blutbildschaden, Leukopenie, Leberschaden, Proteinurie, Hämaturie).

D-Penicillamin: Proteinurie? Exanthem, Leukopenie, Geschmacksstörungen, Magenunverträglichkeit).

Cytostatica: Leukopenie, Haarausfall -----

II) Welche Medikamente geben Sie zur Zeit? Name und Dosierung?

III) Wie sind zur Zeit BKS..... LeukoHb.....RR.....

IV) Hat Pat. interkurrente Infekte?

ja-nein

welche?-----

v) Hat sich die Polyarthrititis gebessert-verschlechtert-geblieben?

Sind seit unserer Entlassung aus Bad Abbach neue Gelenke befallen?

ja-nein

VI) Ist Pat. verstorben?

ja-nein, woran -----

1 Patient starb an einer Pneumonie und 1 weiterer an einer Entzündung der Gallenblase. Beide standen unter einer Cortison-Behandlung.

In ärztlicher Kontrolle regelmäßig oder wenigstens gelegentlich waren 130 Patienten, während die restlichen 5 Personen sich zur weiteren Behandlung von Heilpraktikern und Wünschelrutengängern bekannten. 10x erhielten wir in dieser Angelegenheit keine Antwort.

Von 115 Personen gaben 44 an, daß sie keine beschwerdearmen oder beschwerdefreien Zeiten hätten (39%). Unter 98 Befragten hatten 23 (ca. 23%) vermehrt interkurrente Infekte, und neue Gelenke waren bei 115 Personen 16x (=13%) befallen.

Die Tabellen 7 und 8 ergeben den Stand der symptomatischen und des basistherapeutischen Behandlung. Nachdem laut Befragung die Patienten unter diesen Basismitteln gestanden hatten; 22x Gold, 18x D-Penicillamin, 16x Imurek und 10x Resochin, ergab sich nach der Tabelle 7 26x der Anlaß zum Absetzen der Präparate. Gold war hierbei besonders häufig vertreten, indem nämlich in 27% nach längerer Verordnung (3 bis 6 Monate) Nebenwirkungen vorkamen (über die Aufschlüsselung siehe Tabelle 8). Beim D-Penicillamin betrug die Unverträglichkeitsquote 27%, beim Imurek waren es 19% und beim Resochin schließlich 10%. 9x mußte die Basistherapie wegen Unwirksamkeit abgebrochen werden.

Die Tabelle 8 ist eine Zusammenfassung der angegebenen Nebenwirkungen der einzelnen symptomatischen Antirheumatika, wobei in 9 Fällen bei nichtsteroidaler symptomatischer Therapie wegen der Nebenwirkungen das Medikament abgesetzt werden mußte. 6x wurde das Antirheumatikum aber auch grundlos weggelassen, und 5x mußte die Kombination steroidale und nichtsteroidale Antirheumatika wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden.

Bei den in der Tabelle 7 aufgezählten Patienten, bei denen die Basisbehandlung abgesetzt werden mußte, wurde eine Basisbehandlung mit einer anderen Substanz erneut versucht:

Tabelle 7

Ursachen, die zum 26.-maligen Absetzen der Basistherapie führten.

	Insgesamt	Gold	D-Penicillamin	Imurek	Resochin
Basistherapie grundlos abge- gesetzt	2	1		1	

Basistherapie wegen Neben- wirkungen(nach 3-6 Monaten) abgebrochen	15 (7)*	6 (3)*	5 (3)*	3(1)*	1
.....					
Basistherapie nach Schema und über entsprechenden Zeitraum durchge- führt, aber abge- setzt da kein Erfolg	9	3	2	2	2

* davon hatten die in (...) stehenden Patienten bezüglich der chronischen Polyarthritidis gut angeprochen; die Basistherapie mußte jedoch leider wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden.

Tabelle 8

Nebenwirkungen nichtsteroidaler Antirheumatika, Cortison und Basistherapie.

	nichtsteroidale Antirheumat.					Cortison	Basistherapie			
	Amuno	Toximer	Prolixon	Buta- zolidin	Eumolol	Cortison	Gold	D- Penic.	Imurel	Resochin
Cushing						2				
Nephropathie							4	1		
Ulcus, Magenbesch.	9		2		2	4	1	5	4	2
Appetitlosigkeit	3	1	1	1		2		1	2	2
Übelkeit	3		1		2	1	1	2	2	1
Hautjucken	3					2	7	4	2	1
Hautausschlag	2			1		1	4	2		2
Hautblutung						1				
Haarausfall							2		1	
Augenbeschwerden	1					2	3		1	1
Schwindel/Ohrens.	2									
Kopfschmerzen	3		2			1			1	
Zungenbrennen	3		2					1	3	1
Geschmacksstörung			1	1				1	1	
Blutbildschädigung	1						1		2	2
Diabetes						5				
Leberschädigung							2			

3x mit Gold, 4x mit D-Penicillamin, 4x mit Imurek und 3x mit Resochin. Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Basismittel noch gut verträglich.

Von den restlichen 40 Basisantirheumatika-Behandlungen handelte es sich bezüglich evtl. Nebenwirkungen 5x um Hautjucken, außerdem um Magenbeschwerden bei Imurek 3x und Resochin 1x. Die Nebenwirkungen waren jedoch so gering, daß eine Weiterführung der Therapie möglich war. Die Medikamente wurden also nicht abgesetzt.

Von 3 Patienten war bekannt geworden, daß nach Durchprobieren aller 4 Basistherapeutika sofort Unverträglichkeitserscheinungen auftraten, die den weiteren Einsatz dieser Medikamente verboten.

Diskussion

Nachdem sich die Klinik der chronischen Polyarthrititis mit Beginn im Alter in vielerlei Hinsicht von der Polyarthrititis des Erwachsenen unterscheidet, gibt es auch Unterschiede in der Behandlung mit Antirheumatika. Die Meldungen in der Literatur sind jedoch sehr spärlich, die Anzahl der beschriebenen Fälle zu gering.

Auf Grund der raschen Progression der chronischen Polyarthrititis im Alter erachtet Jesserer (1971) die Behandlung mit rein symptomatischen Antirheumatika für unzweckmäßig und empfiehlt den Einsatz von Immunsuppressiva. Meyer (1968) sieht eine besonders gute Reaktion auf Gold, welches auch von Kaiser (1969) als Basismittel der Wahl empfohlen wird. Auch Ehrlich und Mitarbeiter (1970) sahen einen guten Golderfolg bei 43 Patienten. Über D-Penicillamin liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen im Alter vor.

Anhand unserer Ergebnisse bei 170 Patienten, von denen einmal therapeutische Informationen prästationär, während einer stationären Betreuung und nach ca 1 bis 4 Jahren retrospektiv mit Hilfe eines Fragebogens erhalten wurden, kommen wir zu folgenden Ergebnissen: Nebenwirkungen mit einer Gold- oder D-Penicillamin-Basistherapie sind beim Patienten mit Beginn der chronischen Polyarthrititis nach dem 60. Lebensjahr häufiger als bei der Polyarthrititis des Erwachsenen (Vergl. Böni, 1970). Besonders die Behandlung mit Gold sollte daher entsprechend gut überwacht werden (siehe auch Fellman und Wagenhäuser, 1961). Erstaunlich ist dagegen die gute Verträglichkeit von Imurek, während Resochin als Basismittel zweiter Wahl in der Wirkung sowieso zurückstehen muß.

Als Nebenwirkungen der symptomatischen Antirheumatika, besonders Magenunverträglichkeit, Appetitlosigkeit, Hautjucken und Kreislaufbeschwerden ist möglicherweise (als Summe vieler Punkte) der an anderer Stelle (Siegward RAVET) beschriebene reduzierte Allgemeinzustand unserer Patienten mit Beginn der chronischen Polyarthrititis nach dem 60. Lebensjahr aufzufassen. Ansonsten erreichen nur noch Indomethacin und Corticosteroide die Basistherapeutika an Anzahl der Nebenwirkungen.

Anhand des bisher größten untersuchten Krankengutes und der Endergebnisse, muß vor einer kritiklosen Basistherapie mit Gold und Penicillamin gewarnt werden.

Vielleicht wäre es in vielen Fällen besser, sicher aber in gutartigen Verläufen, eine solche Therapie mit Gold oder Penicillamin nicht durchzuführen, da die Nebenwirkungen zu hoch sind. So waren mit Gold und D-Penicillamin mit 27% die Nebenwirkungen gleich hoch, während zusätzliches Nichtansprechen bei Gold das Scheitern dieser Basistherapie auf 41% und bei D-Penicillamin auf 38% der behandelten Personen brachte. Wir möchten daher raten, eine Gold- oder D-Penicillamin-Basistherapie nur bei schweren Verlaufformen und unter sehr sorgfältigen Kontrollmaßnahmen durchzuführen.

Zusammenfassung

Anhand des bisher größten untersuchten Krankengutes von 170 Patienten mit Beginn der chronischen Polyarthrititis nach dem 60. Lebensjahr wurde die Wirkung und vor allem die Verträglichkeit der symptomatischen und der basistherapeutischen Substanzen überprüft.

Insgesamt konnten sich die Befunde auf anamnestische Angaben der Patienten zur Zeit der stationären Aufnahme als auch die Behandlung während der stationären Betreuung selber stützen. Von den inzwischen zwischen bereits 1 bis 4 Jahren entlassenen Patienten wurden weitere Informationen über die Therapie, Verträglichkeit und Weiterführung, erhalten, indem Fragebogen an den Patienten selber als auch an seinen behandelnden Hausarzt verschickt wurden.

Als bedeutendstes Ergebnis darf die hohe Nebenwirkungsrate bei Basistherapie mit Gold und D-Penicillamin gewertet werden. Es wird daher geraten, Gold lediglich bei sehr schweren Fällen einzusetzen und z.B. beim benignen Verlauf der chronischen Polyarthrititis mit Beginn in der 6. Dekade auf Basismittel zu verzichten. Damit stehen unsere Befunde, die sich aber auf das größte bisher untersuchte Krankengut stützen, im Widerspruch zur gängigen Meinung der Literatur.

Literatur

- Bach, G.L., Haberl, U., Adler, A., Blickle, B. und N. Heitzer: Z. Gerontol. 6, 146 (1973).
- Böni, A.: in: Handbuch der praktischen Geriatrie (Ed. Doberauer, W. Hittmair, A., Nissen, R., und F.H. Schulz). Enke-Verl., Stuttgart 1967.
- Böni, A.: in: Klinik der rheumatischen Erkrankungen (Ed. Schoen, R., Böni, A. und K. Miehke). Springer-Verl., Berlin-Heidelberg-N.Y. 1970.
- Brown, J.W. und D.A. Sones: J. Am. Geriatr. Soc. 15, 873 (1967).
- Dequeker, J.A., Ryckewaert, A., Debeyre, N., Kahn, M.F. und S. de Sèze: Rev. Rhum. 33, 550 (1966).
- Ebert, H.: Z. Alternsforsch. 20, 259 (1967).
- Ehrlich, G.E., Katz, W.A. und S.H. Cohen: Geriatrics 25, 103 (1970).
- Evers, A.: Z. Rheumaforsch. 24, 280 (1965).
- Fellmann, N. und F. Wagenhäuser: Schweiz. Med. Wschr. 91, 901 (1961).
- Golding, N.: Rheumatische Erkrankungen. Thieme-Verl., Stuttgart 1967.
- Hargraves, E.A.: Ann. Rheum. Dis. 17, 61 (1958).
- Jesserer, H.: Z. Alternsforsch. 25, 21 (1971).
- Josenhans, G.: Z. Gerontol. 1, 78 (1968).
- Josenhans, G.: Deutsch-Engl. Med. Rundschau 4, 349 (1968).
- Kaiser, H.: Kortisonderivate in Klinik und Praxis. Thieme, Stuttgart 1973.
- Kaiser, H.: Médecine & Hygiène 27, 1312 (1969).
- Kaiser, H.: in: Spezielle Probleme der Therapie im Alter (Ed. Böhlau, V.). Schattauer-Verl., Stuttgart-N.Y. 1969.
- Kaiser, H.: Z. Allgemeinmed. 47, 222 (1971).
- Martin, E., Junod, J.P. und M. Ben Abderrahmane: Schweiz. Med. Wschr. 96, 1535 (1966).
- Mathies, H.: Int. J. Clin. Pharmakol. 2, 179 (1971).
- Meyer, W.: Vorgetr. Kongr. der Deutschen Ges. f. Geront. 1968.
- Moesmann, G.: Acta Rheum. Scand. 14, 14 (1968).
- Seidel, K.: Deutsches Ges.-Wes. 16, 664 (1961).
- Steinmann, B.: Praxis 53, 750 (1964).
- Stoia, I. und H. Stoia: Z. Rheumaforsch. 21, 308 (1962).

Lebenslauf

Am 13.5.41 wurde ich in München als 2. Kind des Regierungsdirektors Hans Probst geboren. In Traunstein besuchte ich zunächst die Volksschule, anschließend das humanistische Gynasium; 1953 zogen wir nach Kaufbeuren, wo ich 1960 das Abitur ablegte. Danach verbrachte ich ein Jahr in einer Haushaltschule. 1961-63 arbeitete ich in der Brunnenapotheke Kaufbeuren als Praktikantin; das Vorexamen der Pharmazie bestand ich dann 1963.

Im Wintersemester 1964/65 begann ich das Studium der Medizin. 1965 legte ich das Vorphysikum, 1967 das Physikum und 1970 das medizinische Staatsexamen ab. Die Medizinalassistentenzeit im Kreiskrankenhaus Mühldorf schloß 1971 mit der Approbation ab. Dort verbrachte ich auch meine Assistenzarztzeit, hauptsächlich auf der chirurgischen Abteilung. Unterbrochen wurde diese Zeit lediglich 1972, wo ich einen Monat im Nervenkrankenhaus Mainkofen arbeitete. Zur Zeit bin ich auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Mühldorf tätig.

